

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 13.

Warszawa d. 1 Kwietnia (19 Marca) 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych prof. d-r W. Jaworskiego. Dokonał d-r K. Flis. — Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzn. Podał Fr. Neugebauer. (Ciąg dalszy). — Wykłady kliniczne. O lezeniu kamicy nerkowej. — Streszczenia i wyciągi. 27. Uwagi co do rozpoznawania raka żołądka z chirurgicznego punktu widzenia. 28. O Veronalu. 29. Kilka uwag o dotychczasowych doświadczeniach z veronalem. — Nowe leki (Ciąg dalszy). — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w lutym i marcu 1905 r. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. FLIS — Recherches physico-chimiques sur les eaux curatives normales du prof. W. JAWORSKI. 2) D-r Fr. NEUGEBAUER — Quelques mots sur le développement bisexuelle des canaux sexuelles avec considération des cas éclatants du développement de l'utérus chez les hommes.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r K. FLIS — Physikalisch-chemische Untersuchungen der normalen Heilwässer von prof. W. JAWORSKI. 2) D-r Fr. NEUGEBAUER — Einige Worte über die bisexuelle Entwicklung der sexuellen Gänge nebst Berücksichtigung eklatanter Fälle von Entwicklung des Uterus bei Männern.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

(Z pracowni prof. W. JAWORSKIEGO w c. k. klinice chorób wewn. U. J. C. K. Radey Dworu. prof. E. KORCZYŃSKIEGO.)

BADANIA FIZYKALNO-CHEMICZNE WÓD LECZNICZYCH NORMALNYCH

Prof. D-r. W. JAWORSKIEGO.

dokonał

D-R KAZIMIERZ FLIS

asystent c. k. kliniki wewnętrznej Uniw. Jagel.

I.

Wodami leczniczymi nazwał prof. W. JAWORSKI¹⁾ rozezyny pewnych środków le-

karskich (soli lub kwasów), nasycone bezwodnikiem kwasu węglowego. Zadaniem leczniczym tych wód jest stosowanie w postaci napoju leków wskazanych z pominięciem niepotrzebnych, a czasem nawet niekorzystnie działających domieszek, zawartych w wodach mineralnych naturalnych lub sztucznych.

Wyrób wód leczniczych datuje się w Niemczech blisko od 100 lat. U nas zaczęto je wyrabiać w Warszawie w r. 1824 (Instytut patentowany wód mineralnych d-ra LANGOWSKIEGO sukces. i C^o), a w Krakowie w roku 1878 (Karol RZĄCA).

¹⁾ Aquae minerales, aquae medicinales effervescentes. Pam. jubil. prof. E. Korczyńskiego 1900.

Liczba ich, z początku nieznaczna, zwiększa się w miarę nowych zapotrzebowań lub projektów lekarzy, brak było jednak pewnej, jednolitej zasady, służącej za podstawę obliczeń ich składu oraz mogącej służyć za podstawę ich ugrupowania. Dopiero przed dwoma laty podał prof. JAWORSKI²⁾ podstawę fizyologiczną dla składu kilkunastu wód swego przepisu, a po wypróbowaniu ich działania na chorych wyrób ich polecił fabryce: „Rząca i Chmurski w Krakowie“.

Tą podstawą fizyologiczną jest skład chemiczny popiołu krwi, który zawiera na 1000 grm. (według SCHMIDT'a) 9.65 soli suchych (jako soli obojętnych) a mianowicie: K_2SO_4 0.28; KCl 0.36; $NaCl$ 5.59; Na_3PO_4 0.7; Na_2CO_3 3.0; $Ca_3(PO_4)_2$ 0.30; $Mg_3(PO_4)_2$ 0.22. Dla dogodności obliczeń liczbę tę zaokrąglono na 10 grm., a ilość soli i jakość uległa zmianom, które poniżej wymienię. Tak powstała woda lecznicza normalna, zasadnicza, będąca punktem wyjścia dla składu wód dalszych, których liczba obecnie wynosi: 21 mineralnych i 5 organicznych.

Po ukazaniu się wyżej wymienionych publikacji, rozpoczęła się żywa polemika. Przeciwnicy, należący przeważnie do właścicieli zdrojowisk i lekarzy zdrojowych, wystąpili z szeregiem dowodzeń i rozumowań, mających na celu wykazać, że wody lecznicze nie mają wartości leczniczej tej, jaką posiadają wody mineralne naturalne.

Zarzuty podnoszone opierały się na dawnym twierdzeniu, iż wody naturalne posiadają pewną życiową siłę leczniczą, nie dającą się wykazać rozbiorem chemicznym. Nowsze metody badań, mianowicie badania fizykalno-chemiczne, t. j. oznaczanie punktu marznięcia i przewodnictwa elektrycznego tych wód, miały dozwolnić bliżej określić, na czem polega wyższość wód mineralnych nad sztucznymi.

²⁾ O racjonalnym składzie i terapeutycznym stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpiel. Przegląd lekarski 1902. Nr. 16, 17, 18.

Wody naturalne są według tych autorów rozcżynami soli, w których drobiny soli ulegają dysocjacji na jony, naładowane elektrycznością dodatnią lub ujemną, przedstawiające zatem pewien zapas energii, zdolnej do wykonania pracy.

Pominąwszy czysto polemiczne prace autorów, którzy żadnych badań nie przeprowadzali, jak A. WINCKLER'a³⁾, A. POEHL'a⁴⁾, prof. FISCHER'a⁵⁾, M. W. MEYER'a⁶⁾, a których bezwarłtościowość dostatecznie wykazali: WENTZKY⁷⁾, C. GLÜCKSMANN⁸⁾, ROLOFF⁹⁾, zajmę się więcęj pracą KOEPE'go¹⁰⁾, który przeprowadzał szereg badań, nazwanych przez siebie analizami fizykalno-chemicznymi, i doszedł do wniosków, że obliczenia, na podstawie rozbiórów chemicznych dokonane, nie są zgodne z wynikami analiz fizykalno-chemicznych, wykazują bowiem pewne manco, którego KOEPE bezwarunkowo nie przypisuje niedokładności metody badania fizykalno-chemicznego, lecz kładzie je na karb zawartości w wodach mineralnych pewnych istot, analizą chemiczną wykazać się nie dających, a których istnienie wykazuje analiza fizykalna. KOEPE zalicza je do gazów albo istot organicznych, jednakowoż nieazotowych i niesiarkowodorowych¹¹⁾.

Tymczasem WENTZKY¹²⁾, GLÜCKSMANN⁸⁾, ROLOFF⁹⁾ wykazali, że KOEPE łudzi się co do ścisłości metody oznaczania obniżenia punktu marznięcia i wskutek tego różnice wynikłe z niedokładności metody badań fałszywie tłomaczy, nadto popełnił inne błędy w badaniach swoich i wnioskach.

³⁾ Internat Mineralaqu. Ztg. 1901. Nr. 15, 16, 17.

⁴⁾ Verhandl. Naturf. Gesell. 68. II. 2. pag. 85.

⁵⁾ Berliner Versam. der Mineralquellen Interess. Salzbrunn. 1901.

⁶⁾ Wunderkräfte im Wasser. Berliner Local-Anzeiger. 16. XII. 1902.

⁷⁾ Zeitschr. f. die ges. CO₂ Ind. 1900. Nr. 15, 16.

⁸⁾ Mineralwässer und Heilwässer. Zeitschr. f. die ges. CO₂ Ind. 1901. Nr. 17, 19 i 1902. Nr. 1, 2.

⁹⁾ Die physikalische Analyse der Mineralwässer. Zeitschr. f. die ges. CO₂ Ind. 1903. Nr. 1—9.

¹⁰⁾ Physikalische Chemie in der Medicin. Wien 1900.

¹¹⁾ L. c. str. 141.

¹²⁾ Zeitschr. f. angew. Chemie 1902 pag. 643.

II.

Aby ułatwić sobie przedstawienie moich wyników badań, chcę wspomnieć w krótkości, na czem polegają metody badań fizykalno-chemiczne, i jaki był tok moich oznaczeń.

Cząstki soli, rozpuszczone w wodzie, podlegają tym samym prawom, jak cząstki gazów w przestrzeni zamkniętej (van t'Hoff 1885 r.), t. zn., posiadają pewną prężność i dążność do zajęcia całej przestrzeni, danej im do rozporządzenia. Prężność tę można mierzyć albo bezpośrednio za pomocą manometru (Pfeffer de Vries), albo pośrednio za pomocą oznaczenia podniesienia punktu wrzenia (Beckmann, Arrhenius), lub obniżenia punktu marznięcia (van t'Hoff, Raoult, Eymann). Ostatni sposób, jako więcej wygodny, znalazł szersze zastosowanie.

Obniżenie punktu marznięcia jest wprost proporcjonalne do stężenia roztworu i jego ciśnienia osmotycznego. Dotyczy to jednak jedynie roztworów więcej zgęszczonych. Roztwory o małym stężeniu, jakimi są właśnie wody mineralne, tak naturalne, jak sztuczne, okazują pod tym względem pewne zboczenia. Mianowicie punkt marznięcia ich — bo tem jedynie zajmować się będziemy, jest niższy, aniżeli by to odpowiadało zgęszczeniu roztworu, a to wskutek rozszczepiania się drobin na jony, z których każdy ma własności osmotyczne całej drobin.

Oznaczeń tych dokonywałem na przyrządzie Beckmann'a. Raoult wykazał na roztworach soli, nie ulegających dysocjacji, że obniżenie molekularne punktu marznięcia, t. j. przypadające na 1 gramolekuł w 1 litrze wynosi 1.85, stąd z otrzymanej depresji można obliczyć ilość drobin, osmotycznie czynnych (= drobin obojętnych + jonów), jeżeli znalezioną depresję Δt podzielimy przez 1.85.

Z obniżenia punktu marznięcia oblicza się ciśnienie osmotyczne, mnożąc go przez 12.03.

Arrhenius wykazał (r. 1887), że w ten sposób zachowują się wszystkie elektrolity, i że w parze z obniżaniem się punktu marznięcia idzie ich większe przewodnictwo elektryczne.

Jeżeli przez roztwór elektrolitu (kwasu, zasady lub soli), zawierający już przez samo rozpuszczenie drobin, rozszczepione na jony, przepuszczamy prąd elektryczny, wówczas jedne z nich, naładowane elektrycznością dodatnią (kationy), dążą ku katodzie, drugie, naładowane ujemnie (aniony), dążą ku anodzie i swoją elektryczność w tym kierunku przenoszą. Przewodnictwo więc elektryczne zależne jest od ilości jonów i ich szybkości wędrowania; nie zależy zaś w zupełności od ich jakości.

Obliczenie ilości jonów jest łatwe tak z wzoru chemicznego, jak i z przewodnictwa elektrycznego w wypadku, gdy wszystkie drobin uległy dysocjacji, i jeśli znamy szybkość wędrowania jonów. W wodach jednak mineralnych, tak naturalnych, jak i sztucznych, dysocjacja analogicznie do takich samych roztworów soli nie jest zupełna. Znajdują się tam więc całe drobin obojętne (np. NaCl) obok kationów (Na^+) i anionów (Cl^-). Obliczenie ich ilości za pomocą przewodnictwa elektrycznego, czyli t. zw. stopnia dysocjacji α , oznaczał Ostwald i Kohlrausch dla pojedynczych soli przez stopniowe rozcieńczanie roztworów tak długo, aż przewodnictwo nie ulegało więcej zmianie; wówczas wszystkie drobin były w roztworze rozszczepione, a jego przewodnictwo oznaczono Λ_∞ .

Stopień dysocjacji danego roztworu Λ_a oznacza się z wzoru:

$$\alpha = \frac{\Lambda_a}{\Lambda_\infty}$$

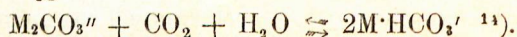
W ten sposób oznaczył Kohlrausch Λ_∞ dla różnych roztworów soli i podał je tabelarnie. Tego rodzaju oznaczenia Λ_∞ dla wód mineralnych, będących roztworami soli złożonych, by-

łyby rzeczą niesłychanie trudną lub nawet wprost niemożliwą, a nie mającą żadnej praktycznej wartości. Nie można też tak porównywać liczb otrzymanych z liczbami, odnoszącemi się do rozczyńców soli pojedynczych, umieszczonych w tablicach KOHLRAUSCH'a, jak to czynił KOEPE z wodą Liebensteinską, albowiem drobiny w rozczyinach soli złożonych rozszczepiają się na różne jony, więcej lub mniej złożone, tak że ilości ich, ani jakości nie znamy.

Wymownym tego przykładem jest Na_2HPO_4 , wchodzący w skład znacznej liczby wód. Sól ta rozszczepia się stopniowo w następujący sposób: $\text{Na}_2\text{HPO}_4 = \text{Na} + \text{NaHPO}_4' = \text{Na}' + \text{Na}' + \text{HPO}_4''$

Dalsza całkowita dysocjacja $\text{HPO}_4'' = \text{H} + \text{PO}_4'''$ jest możliwa jedynie w obecności zasady i to tylko w części¹³⁾. Nie wiemy zatem, czy dana woda zawiera jony HPO_4'' czy PO_4''' i ile jednych lub drugich.

Tak samo ma się sprawa z węglanami, które w obecności CO_2 i H_2O znajdują się w postaci dwuwęglanów:



Wobec tego odstąpiłem od pierwotnej myśli pisania składu wód w jonach.

Aby dysocjację wód badanych można między sobą porównywać wobec niemożebności oznaczania współczynnika α , podaję przy każdej wodzie stosunek molów osmotycznie czynnych n (= drobin + jonów), obliczony z depresji do stosunku molów, obliczonych z wzoru chemicznego N .

Przewodnictwo elektryczne oznaczyłem przyrządem OSTWALD'a¹⁵⁾ przy ciepłocie 18°C ., kontrolowanej za pomocą ciepłomierza normalnego, na $\frac{1}{10}$ stopnia podzielonego, jako odwrotną wartość oporu, który przedstawia prą-

dowi płyn, badany w naczyniu. Wyrazem oporu była liczba, otrzymywana rachunkiem według wzoru:

$$X = \frac{a}{b} \cdot W$$

gdzie a i b są częściami mostka WHEATSTONE'a, a W jest wielkością oporu opornicy. Wszystkie te 3 ilości dadzą się na przyrządzie odczytać.

Opór zależy, oprócz od ciepłoty płynu badanego, jego własności chemicznych i jego stopnia zgęszczenia, także od kształtu naczynka, służącego do badania, kształtu oraz odległości elektrod. Te 3 czynniki ostatnie stanowią t. zw. pojemność oporową naczynia, którą poprzednio oznaczyłem przez porównanie $\frac{1}{10}$ norm. rozczyynu KCl z przewodnictwem, jakie dla tego rozczyynu podaje KOHLRAUSCH.

Ta pojemność oporowa naczynia, wynosząca 0.4, była podczas badań kilkakrotnie sprawdzana i zmianie nie uległa.

Otrzymane przewodnictwo elektryczne przerachowywałem na przewodnictwo właściwe λ , t. zn. w odniesieniu do jednostki przewodnictwa, mnożąc otrzymaną liczbę przez 0.4. Przewodnictwo właściwe, podzielone przez stężenie równoważnikowe η , daje nam przewodnictwo równoważnikowe Λ .

Badanie rozczyńców, nasyconych CO_2 , wymaga pewnych ostrożności, woda bowiem gazowana, znajdująca się we flasce pod pewnem ciśnieniem, z chwilą otwarcia flaszki traci pewną ilość CO_2 , a przez to zmieniać może punkt marznięcia. O ile utrata CO_2 nie była tak znaczna, ażeby wywołała wypadanie pewnych soli z rozczyynu, wpływ na punkt marznięcia jest minimalny i leży w granicach błędu samej metody.

Ażeby temu zapobiedz, woda przed badaniem była oziębiana przez obłożenie flaszki lodem, posypanym solą kuchenną, a przy otwieraniu unikano wstrząsania flaszki i nagłego jej otwierania. Natychmiast po otwarciu wlewano wodę do oziębionej rurki do zamrażania i wsta-

¹³⁾ Ostwald. Grundlinien der anorg. Chemie. 1900 str. 372.

¹⁴⁾ Jüttner l. c. Ostwald l. c. str. 466. 467.

¹⁵⁾ Opis dokładny przyrządu wraz z ryciną znajduje czytelnik w dziełach: Koeppe, Physikalische Chemie in der Medizin, — lub Ostwald-Luther: Physico-chemische Messungen. Leipzig. 1902.

wiano do przyrządu. Przy tem postępowaniu woda niemal zupełnie nie musowała, pomimo że inne flaszki kontrolne, mające ciepłotę pokojową, musowały bardzo silnie.

Wszystkie wody podczas zamrażania były mieszane równomiernie za pomocą mieszadła, elektrycznym motorem poruszanego i w ten sposób uregulowanego, że poruszało się raz na 2 sekundy. Miało to na celu ochronić wodę badaną, ile możności, przed utratą CO₂ a wchłanianiem powietrza, oraz z drugiej strony utrzymaniem równomiernej ciepłoty płynu badanego. Zachowanie tej jednostajności było konieczne, albowiem punkt marznięcia zależy również od sposobu mieszania i zamrażania tak dalece, że — jak HEIDENHAIN¹⁶⁾ twierdzi — nawet dla tego samego roztworu obniżenie punktu marznięcia nie daje tych samych wyników temu samemu badaczowi. Trzeba było więc ustalić sobie wprzód metodę badania i ściśle się jej trzymać, aby mózdz otrzymane liczby ze sobą porównywać.

Wody, otrzymane przez dokładne odważenie soli na wadze chemicznej i rozpuszczenie ich w aparacie, dla doświadczenia i kontroli poddawano kilkakrotnym badaniom, biorąc próbki z różnych flaszek lub poddając wodę z tej samej flaszki kilkakrotnemu oznaczaniu bezpośrednio po otwarciu flaszki i po pewnej chwili odstania i ulotnienia się CO₂.

Przewodnictwo elektryczne każdej wody oznaczone było kilkakrotnie przy różnych oporach.

Przed przystąpieniem do badań przeprowadziłem doświadczenia wstępne — o ile obecność CO₂ wpływa na przewodnictwo. Doświadczenia te dotyczyły kilku wód, których składniki nie ulegały strąceniu przez pozbawienie CO₂ oraz znanego roztworu KCl z takim samym roztworem, nasyconym CO₂. Wszystkie te pomiary przekonały mię, że obecność CO₂, o ile zwraca się uwagę, aby na elektrodach nie osiadały jego

bańki, zupełnie na przewodnictwo elektryczne nie wpływa. To samo sprawdził w swoich badaniach KOEFFE.

(C. d. n.).

KILKA SŁÓW O DWUPŁCIOWYM ROZWOJU PRZEWODÓW PŁCIOWYCH z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzn.

(z 17 rysunkami w tekście).

Podał

Franciszek Neugebauer.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 12).

Do najciekawszych należy spostrzeżenie, które opisał PERCY PATON („A case of vertical os complexe hermaphroditism with pyometra and pyosalpinx, removal of the pyosalpinx“). Lancet. 1902. N. 4116, p. 148). PATON dokonał cięcia brzuszego u 20-letniego mężczyzny, który zgłosił się do niego dnia 17. III. 1902 r. wskutek bolesności pęcherza oraz bolesnego oddawania moczu: *Hypospadiasis peniscrotalis, cryptorchismus bilateralis*. Prącie drobne miało zaledwie 2—3 cali długości. Na prawem podbrzuszu widać było znaczną bliznę po ropniu rok temu przeciętym; przetoka, po ropniu pozostała, zamknęła się dopiero po 6 miesiącach. W okolicy blizny daje się wymacać pewna rezystencya, lecz nie sposób dokładniej jej określić. Mocz czasami zawierał ropę, czasami i krew. Cewnik wydzieliał z pęcherza sporo gęstej ropy. Głos i wyraz twarzy kobiece, zarostu męskiego na twarzy nie ma, owłosienie sromu skąpe. Osobnik małego wzrostu, szczupły. Sutki, jak u 15 letniej dziewczynki. Osobnik ten po śmierci ojca wychowany został w domu sierot i zawsze uchodził za słabowitego. Czy miał kiedy peryod, niewiadomo. Brat i siostra ustroju prawidłowego. Popędów płciowych jakiegokolwiek dotąd nie odczuwał,

¹⁶⁾ I flügers Archiv f. Physiologie. Bd. 56. 1894.

ogólnie uważany był za mężczyznę. Przepłukania ropiejącego, jak się zdawało — pęcherza, przynosiły choremu ulgę. Dnia 7. IV przy badaniu pod narkozą chloroformową wymacano w podbrzuszu spory guz chęłboczący, uważany za pęcherz, lecz cewnik zaledwie kilka kropel moczu i ropy wydzielił. *Per rectum* przy dwuręcznym badaniu wymacano twór, jakby wydłużony bardzo gruczoł krokowy, lecz palec nie sięgał aż do szczytu tego tworu; również wymacano drugi mniejszy guz pod blizną, o której już wspomniano. Trzy dni później ponownie uspięno pacyenta w celu dokonania laparotomii. Wtedy zauważono, że wielki guz chęłboczący w linii pośrodkowej ciała zgiął, a wymacano tylko lewostronny guz boczny.

Zrobiono cięcie w smudze białej poniżej pępka. Znalaziono wtedy wśród licznych zrostów macię o 2 jajowodach, z których prawostronny był zrosnięty ze ścianą brzuszną i ową blizną powłok brzusznych i napełniony ropą, lewostronny jajowód prawidłowego wyglądu. Znalaziono po każdej stronie macicy więz szeroki, a po lewej stronie na tylnej powierzchni *lig. lati* twór o pozorach jajnika prawidłowego. Guzem chęłboczącym, dawniej wymacywanym, okazał się pęcherz moczowy znacznie rozszerzony. Usunięto przy operacji lewostronny jajowód oraz gruczoł płciowy — po prawej stronie podobnego gruczołu płciowego nie znalaziono — co prawda, wobec stanu chorego nie było czasu na dokładniejsze rozglądanie się w jamie brzusznej. Ranę brzuszną zaszyto. Rekonwalescencya nie była gładka z powodu lichego stanu ogólnego pacyenta, ropa wciąż wydzielała się z moczem przez cewkę. Dnia 8 maja, gdy wciąż z moczem i ropą się wydzielała, uważano za najlepsze rozszerzyć na drodze nacięcia zewnętrzny otwór cewki moczowej, lecz z powodu ogólnego złego stanu chorego operację odłożono na później. Sonda, przez cewkę wprowadzona na głębokość 4 cali, wchodziła nie do pęcherza, lecz do innej jamy. Pacyenta wypisano ze szpitala w stanie

względnie dobrym i postanowiono, jeśli okaże się po temu potrzeba, usunąć drogą operacyjną i drugostronne przydatki macicy.

Badanie drobnowidzowe jajowodu lewostronnego ujawniło zawartość ropną nie tuberkulicznego pochodzenia: *sactosalpinx purulenta*. Gruczoł lewostronny, przy operacji wycięty, okazał się jądrem o szczątkowym rozwoju. Wrzekomy otwór cewki moczowej miał być ujściem pochwy, do której otwierały się i cewka i kanał szyi macicznej (chodziło widocznie o *canalis urogenitalis*, rezultat częściowy *hypospadiasos* u mężczyzny). Wewnątrz jamy miednicy leżała macica o 2 jajowodach oraz lewostronny gruczoł płciowy — jądro — (operacyjnie usunięte), czy podobny gruczoł istniał po prawej stronie — nie wiadomo, również nie sposób było sprawdzić, czy istniał gruczoł krokowy, czy istniały *vasa deferentia* etc. Ogólny wygląd tego osobnika był raczej kobiecy, niż męski.

Spostrzeżenia, w rodzaju opisanego przez PATON'a zniewolą i rutynowanego chirurga do zastanowienia się nad embryologią, anomaliami rozwoju i ich następstwami klinicznymi.

Spostrzeżenie PATON'a pomimo rzadkości niezmiernej uważam za nader pouczające i dla tego *in extenso* je przytoczyłem. Dyagnostycznie bardzo pouczające jest spostrzeżenie Pozzi'ego, które *in extenso* opisałem w pracy mojej: „Pomyłki w określeniu płci, ujawnione drogą operacyjną (Pozzi: „Sur un Pseudohermaphrodite androgynoid: Prétendue femme ayant de chaque côté un testicule, un épидidyme (on trompe?) kystique et une corne utérine rudimentaire, à gauche formant hernie dans le canal inguinal. Cure radicale. Examen microscopique“. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Janvier 1897. N. 1). U 33-letniej służącej o absolutnie normalnym sromie kobiecym, gdzie nie a nie nie budziło podejrzenia mylnego określenia płci, herniotomia ujawniła po każdej stronie obecność jądra oraz w lewostronnej przepuklinie obecność jednego rogu macicy dwuroznej

in hernia oraz jajowodu torbielowato zwyrodniałego. Herniotomii dokonał naprzód po obu | miewała comiesięczne krwawienia z nosa oraz przez długi czas i później kilkodniowe *molimina*

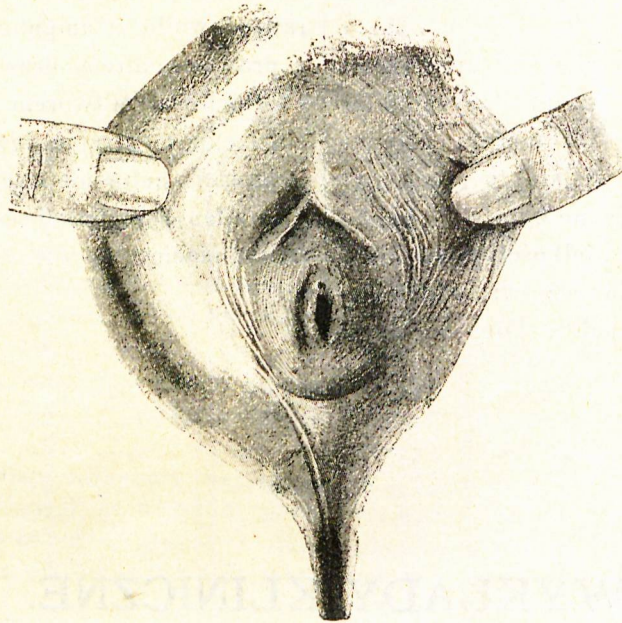


Fig. 15. Spoglądanie Pozzi'ego. Srom 33-letniego męskiego wrzekomego obojnaka mylnie za pannę wychowanego (Wskutek rozprawiczenia w dziewczym wieku błona dziewieza rozdarta).

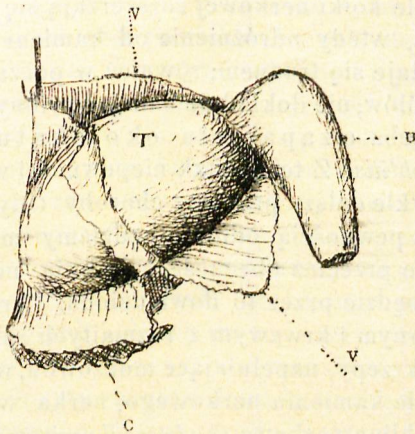


Fig. 16. Lewy róg macicy dwurożnej. T = jądro wycięte przy herniotomii u 33-letniej panny. V = Tunica vaginalis. U = Cornu uteri. Preparat widziany od tyłu.

menstrualia. Pochwa ciasna wziernika nie wpuszczala; w jakim stosunku znajdowała się dwu-

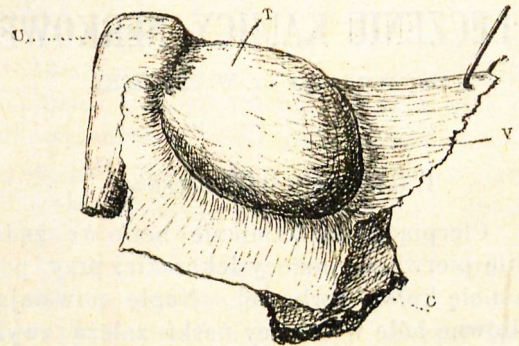


Fig. 17. Tenże preparat widziany od przodu.

stronach PEYROT, następnie wobec recydywy lewostronnej przepukliny Pozzi. Peryodów osoba ta nie miała nigdy, lecz od 12-go do 22-go roku

rożna macica do pochwy, nie ujawniono. Cechy płciowe wtórne kobiece. (Patrz fig. 15, 16 i 17).

NITZE usunął kamień moczowy 162 gr. wagi u 30-letniego mężczyzny. Kamień ten wytworzył się *in utriculo masculino* — ponieważ jest

to spostrzeżenie kliniczne nie anatomiczne, nie wiadomo, czy jama, w której kamień się wytworzył, odpowiadała pochwie, czy macicy. Sp. opisał KAPSAMMER (Centr. f. d. Kranh. d. Harn- u. Sexualorgane. 1900. N. 1).

Kazuistykę polską wzbogacił spostrzeżeniem własnym Antoni RYDYGIER: Pacjentka lat 44, zamężna, zauważyła od lat sześciu przepuklinę w wardze sromowej wielkiej, peryodu nigdy nie miała, w ciąży nigdy nie była. Przepuklina pachwinowo-wargowa wielkości pięści daje się do jamy brzusznej wtłoczyć, wrota przepuklinowe wpuszczają dwa palce. Pochwa ciasna

kończy się, zdaje się, ślepo. Ciała macicy, ani części pochwowej nie wymacano. Dokonano herniotomii z usunięciem zawartości, chora po 14 dniach powróciła do domu. Badanie preparatu ujawniło, że amputowano trzon macicy wraz z prawem jądrem oraz powrozem nasiennym i torbielowatym tworem nie wyjaśnionego pochodzenia po stronie lewej *corporis uteri*. O jajowodach autor nie wspomina. Operacja więc ujawniła: 1) mylne określenie płci, 2) obecność trzonu macicy *in hernia* obok jednego jądra.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

Z odczytów klinicznych dla lekarzy w Berlinie.

—
PROF. DR. G. KLEMPERER.

„O LECZENIU KAMICY NERKOWEJ”

Sprawozdawca Dr. W. CHODECKI.

I. O leczeniu kolki nerkowej.

Cierpiący na kamienie nerkowe żądają zwykle pierwszej pomocy lekarskiej przy pojawieniu się kolki nerkowej. Nagle powstające gwałtowne bóle w okolicy nerki zależą zwykle od uwięźnięcia kamienia nerkowego. Rozpoznanie jednak nie we wszystkich przypadkach jest tak łatwe. Często zdarzają się omyłki, a mianowicie przy lekkich atakach bólu rozpoznają błędnie reumatyzm mięśniowy (*lumbago*); dopiero częste powroty wzmagających się bólów niezależnie od wpływów atmosferycznych, często dopiero mocz krwawy (*haematuria*) lub odejś-

cie na koniec kamienia wyjaśniają sytuację. Gdy bóle kolki nerkowej rozszerzają się do nadbrzusza, wtedy odróżnienie od kamieni żółciowych staje się trudnym; również w początku napadu bólów, nie dokładnie umiejscowionych, myśleć trzeba o zapaleniu okołokątniczem (*perityphlitis*). Z tej jednak niepewności wyzwała nas zwykle dalszy przebieg choroby. Gdy jednak kolkę z pewnością odnieść będziemy mogli do nerki, to przecież obecność kamienia nerkowego nie będzie przez to dowiedziona. Przy moczach ropnym i krwawym z rozmaitych przyczyn mogą skrzepy, napęliające moczowód, wywołać złudzenie kamienia nerkowego; nerka wędrująca i puchlina nerkowa (*hydronephrosis*) mogą wywołać zgięcie moczowodu; nawet zupełnie niezależnie od przeszkód mechanicznych w moczowodzie nagłe zwiększenie się ciśnienia w nerce samej może wywołać napady bólu, na co zwrócił w ostatnich czasach uwagę prof. ISRAEL. Znamy dobrze napady bólów w gruźlicy i raku nerki, a nawet i w zwykłych zapaleniach;

nie można również wątpić, że i na podstawie czysto nerwowej powstawać mogą kolki nerkowe. Na przyjęcie jednak bólów nerwowych dopiero wtedy zdecydujemy się, kiedy dłuższa obserwacja pozwoli nam na wyłączenie przyczyny organicznej.

Zwykle leczenie tej kolki nerkowej polega na miejscowym zastosowaniu okładów gorących, podskórnych zastrzykiwań morfiny i kąpeli ciepłych. W większości przypadków postępowanie to prędzej czy później uwieńczone bywa powodzeniem; bóle ustępują, i chory jest w tym samym stanie, jak przed napadem kolki. Często kamień wydziela się z moczem, w którym przejściowo znajduje się i krew.

Odejście kamienia następuje często dopiero w dni kilka po ustąpieniu bólów, lub nawet w okresie bezbolesnym.

Na szczególną uwagę terapeuty zasługują te przypadki kolki nerkowej, w których mimo zastosowania morfiny i okładów gorących bóle nie ustają i zjawiają się z krótszemi lub dłuższymi przerwami.

Tak długo trwające napady kolki z moczeniem krwawem lub bez niego mają po większej części za przyczynę kamień nerkowy. Rozpoznanie różniczkowe da się uskuteczyć na podstawie dokładnych wywiadów, palpacji nerki, która zwykle przy obecności kamieni w miedniczce nerkowej nie jest powiększona nakoniec przez badanie moczu. Niezwykle trudności rozpoznawcze sprawiają nam rzadkie przypadki tak zwanych „*nephralgies hematuriques*”, które profesor KLEMPERER uważa za nerwice naczyniowe, prof. ISRAEL zaś za — ograniczone zapalenie. Na rozpoznanie tej rzadkiej formy można się zdecydować tylko po dłuższej i dokładnej obserwacji.

Obecność kamienia nerkowego przy dłużej trwających kolkach da się rozpoznać i drogą wyłączenia (*per exclusionem*); ścisłego jednak, pozytywnego dowodu istnienia kamienia nerkowego trudno jest dostarczyć. Wymaganie go udaje się tylko w bardzo rzadkich przypadkach; promienie Röntgena zostawiają nas bardzo często w niepewności; a i badanie moczu nie daje często pozytywnego dowodu.¹⁾

¹⁾ Rozumie się samo przez się, że obecność w moczu obfitych ilości kwasu moczowego, moczianów, szczawianów lub fosfatów nie przemawia bynajmniej za obecnością kamienia. Także odejście piasku moczowego lub

Czy posiadamy środki i metody, by zakończyć trwanie kolki nerwowej, męczącej dotkliwie chorego mimo morfiny i gorących okładów? Jedna rada nasuwa się nam zaraz, a mianowicie obfite użycie płynów. Im więcej moczu przepływa przez miedniczkę nerkową, tem prędzej spodziewać się możemy, że *vis a tergo* popchnie naprzód uwięzły kamień. Wprawdzie rachunek ten nie jest pewny, albowiem jeżeli kamień mocno uwiązł, musi i wydzielina nerki, której miedniczka jest zamknięta, uleść zahamowaniu. Możemy, opierając się na analogii faktów, co najwyżej wnioskować, iż, jeżeli moczowód jednej strony przez obfite wydzielanie moczu znajduje się w natężonej działalności, to wtedy odruchowo pobudzają się do czynności i mięśnie drugiego moczowodu. Jest rzeczą obojętną, co chory pije, czy wodę zwyczajną, czy wodę selcerską, Fachingen lub lemoniadę cytrynową. Zmiana jest w każdym razie pożądana. Chory powinien co godzina wypić 150—200 cem. płynu, by podtrzymać regularne i obfite wydzielanie moczu.

Często jednak mimo używania obfitej ilości płynów kamień nie pokazuje się. Czy jest wtedy może możliwem, przez zastosowanie środków wewnętrznych sprowadzić odejście kamienia?

Od pewnego czasu gliceryna posiada sławę wypędzania kamieni nerkowych; wiele nowych publikacji przyznaje to działanie temu środkowi. Prof. KLEMPERER stosował glicerynę w 14 przypadkach kolki nerkowej w ilości 200—400 gramów²⁾ i w 10 przypadkach na 2—5 dzień wyszedł kamień. W tych więc przypadkach można było otrzymać wrażenie, że gliceryna jest środkiem w tym kierunku rzeczywiście skutecznym. Nie powinniśmy jednak zapominać, że w 75% przypadków kolki nerkowej kamień odchodzi i bez naszej interwencji, tak że przytoczone liczby nie dowodzą wcale skuteczności gliceryny. W jaki sposób może działać gliceryna? Niektórzy autorzy tak sobie sprawę tę przedstawiają, że glicery-

żwiru nie dowodzi istnienia kamienia nerkowego. Obecność czerwonych ciałek krwi w moczu przy bólach nerkowych jest już dowodem poważniejszym, ale nie dowodzi bezwarunkowo kamienia nerkowego.

²⁾ Co 2 godziny łyżkę czystej gliceryny w kieliszku wody albo 100 gramów gliceryny na litr wody jako lemoniada.

na wydziela się z moczem i czyni błonę śluzową moczowodów gładką, śliską i sprzyjającą przez to wydaleni kamienia. Ale dowiedzione to bynajmniej nie jest; gdybyśmy jednak chcieli koniecznie uratować kamieniopędne działanie gliceryny, możnaby było chyba sądzić, że środek ten wywołuje ściąganie się moczowodów i przez to wydaleni kamienia. Nie jest to jednak prawdopodobne, i dla tego prof. KLEMPERER zaniechał stosowania gliceryny w kolce nerkowej.

Nie posiadamy, niestety, żadnych środków, by rozpuścić kamienie wewnątrz ustroju. Natomiast można zalecić śmiało użycie zewnętrznych zabiegów, o których można sądzić, że będą pomocne przy wydaleni kamienia, a mianowicie: masaż moczowodów i wstrząsanie okolicy nerkowej.

Masaż moczowodów stosuje się w ten sposób, że chorego kładzie się na stronę niebolesną a po odsunięciu kiszki i głębokim wdechu odszukuje się dolny biegun nerki i końcami palców wywiera łagodny ucisk na moczowody.

Liczne doświadczenia na trupach przekonały rzeczywistość, że w ten sposób można uciskać moczowody; u osób chudych i wysmukłych można wymacać moczowód obok bieguna nerki, gdy u osób tłustych i krępych należy zadowolnić się wywieraniem ucisku na miejsce, położone między nerką a kolumną kręgową. U osób z bardzo obfitą podściółką tłuszczową zabieg ten jest niemożliwy.

Głaskanie i lekkie ugniatanie moczowodu należy wykonać 10 razy z rzędu; zabieg ten chorzy znoszą po większej części bez powiększenia się bólów. Kilka razy dziennie potem wystąpiła krew w moczu, ale objaw ten szybko przeszedł. Prof. KLEMPERER wykonywa masaż moczowodu u każdego chorego na zwykłą kolkę nerkową, byleby nie był zbyt tłusty.

Z 19 przypadków kolki nerkowej, w których zastosowany był masaż moczowodu, w 16 odeszły szczęśliwie kamienie nerkowe. Naturalnie, że mamy tutaj do czynienia ze szczęśliwym zbiegiem okoliczności, ale prawdopodobnym jest, że tą drogą wywołać możemy kurczenie się moczowodu i wydaleni kamienia.

Wstrząsanie okolicy nerkowej, najlepiej w postaci masażu wibracyjnego, stosuje się u takich chorych, którzy kilkakrotnie przechodzili

napady kolki nerkowej, a kamienie, niestety, nie wyszły. Takim chorym zalecano już po większej części operację, której jednak każdy niechętnie się poddaje. W takich przypadkach przez masaż wibracyjny wywołujemy nowe napady kolki, by nakoniec usunąć kamień, przyczynę złego. Należy uprzedzić chorych, że po wibracji zjawi się prawdopodobnie napad kolki nerkowej, który jednak chętnie znoszą w nadziei, że uda się nakoniec pozbyć kamienia. Autor wykonał w 10 przypadkach kolki nerkowej masaż wibracyjny; w 2 przypadkach stan chorych pozostał niezmienny; w 8 wystąpiły kolki nerkowe, trwające 1—3 dni, i 6 chorych z wielką radością pozbyło się kamienia. Ci dwaj chorzy, u których kamień nie wyszedł, byli w końcu operowani. Jakkolwiek doświadczenia te ze stosowaniem masażu wibracyjnego są jeszcze zbyt nieliczne, by można z nich wyprowadzać stanowcze wnioski, zasługują jednak niewątpliwie na dalszą próbę, jako środek nadszadający dążności lecznicze samej natury.

Jednak mimo wszelkich zabiegów lekarza pozostaje jeszcze 25% chorych na kamienie nerkowe, których ciągle męczą napady kolki, a kamień jednak nie pokazuje się, i w takich razach powstaje pytanie o konieczności zabiegu operacyjnego. Nefrotomia z usunięciem złogów nie bywa uważana przez chirurgów za niebezpieczną operację, polecają ją też zawsze, gdy występują niebezpieczne objawy w kamicy nerkowej. Do nich zaliczyć wypada nieznośne bóle, silne i długo trwające krwotoki, zropienie miedniczek nerkowych lub też zupełne zatrzymanie moczu (*anuria*.)

Z tych wskazań należy uznać dwa jako rzeczywistość naglące, a mianowicie: zupełne zatrzymanie moczu i ostro występującą ropnicę (*pyemia*). Jeżeli u chorego na kamienie nerkowe przez 24 godziny nie pokazał się wcale mocz, i grozi niebezpieczeństwo mocznicy (*uraemia*), wtedy usunąć je może tylko operacja. To zatrzymanie moczu wskutek uwięźnięcia kamienia jest jaskrawym przykładem wpływu nerwów na wydzielinę moczu, ponieważ zwykle jeden moczowód jest tylko zatkany, gdy czynność drugiej nerki ulega odruchowemu porażeniu. Wstrzymanie wydzielenia moczu jest więc bezwzględnie wskazanem do operacji, a także, gdy obok ropy w moczu (*pyuria*) zjawiają się wstrzą-

sające dreszcze i ciężkie objawy ogólne. Tutaj widoki wyleczenia bez operacji są bardzo małe, tak iż długie wyczekiwanie jest zbyt ryzykowne.

Mniej pewne są pozostałe wskazania. Czy z czasu trwania i natężenia bólów wyciągnąć można wskazanie do operacji, zależy od poszczególnego przypadku. Chory, żyjący tylko z własnej pracy, prędzej z przyczyny bólów gwałtownych zgodzi się na operację, aniżeli człowiek zamożny, mogący długo leczyć się w spokoju. Kamienie nerkowe są zresztą u klasy robotniczej bardzo rzadką chorobą, gdyż nawiedzają właśnie ludzi, prowadzących siedzący tryb życia i odżywiających się jednostronnie. A zresztą wiadomo, że rozmaici ludzie rozmaicie też ból znoszą. Nie można też nigdy przepowiedzieć na pewno, czy przy ataku kolki nerkowej wyjdzie kamień, czy też nie. Często bowiem zdarza się, że po kilkoletnich nawrotach kolki nerkowej kamienie w końcu odejdują i oswobodzą chorego od cierpień.

Same więc, chociażby długo trwające bóle nie stanowią wskazania do operacji, i lekarz rozumnie uczyni, pozostawiając wybór i decyzję choremu. Zdarza się bowiem bardzo często, że chory w końcu i bez chirurga pozbędzie się kamienia, gdzie operacja wystawiona była jako rzecz nieunikniona.

W podobny sposób należy oceniać i znaczenie krwotoków nerkowych. Krótko

trwające krwawienia w kolce nerkowej nie mają poważniejszego znaczenia; ale i przy dłużej trwających i powracających krwotokach nie należy tracić spokoju, jeżeli tylko rozpoznanie kamienia nerkowego jest pewne. Tylko w rzadkich przypadkach, gdzie grozi znaczny stopień małokrwistości (*anaemia*) z powodu utraty krwi, operacja jest konieczna.

Ale i tutaj nie należy stawiać kwestyi zbyt teoretycznie.

Przed kilku laty autor leczył pewnego wysokiego urzędnika, który przechodził kilkakrotnie lekkie napady kolki, ale połączone z bardzo wyczerpującymi krwotokami; gdy chory leżał, moczu nie zawierał krwi. Ale zaledwie zrobił kilka kroków, krew natychmiast pokazywała się bardzo obficie w moczu, i chory przedstawiał znaczny stopień małokrwistości. Wszyscy najwybitniejsi lekarze radzili choremu poddać się operacji. Zrozpaczony udał się o radę do partacza, który zalecił mu olejek terpentynowy w kapsułkach; po 14 dniach wyszedł długi śpiczasty kamień, składający się z kwasu moczowego i szczawianów, i od tej pory chory jest wolny od krwotoków i bólu. I z tego wynika praktyczna rada, by operację uważać jako *ultimum refugium*, zostawiać ją zawsze decyzji chorego i stosować wytrwale środki dyetetyczne i mechaniczne.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

27. A. J. GERSTER. Uwagi co do rozpoznawania raka żołądka z chirurgicznego punktu widzenia.

Dawniej w większości przypadków chorób narządów brzusznych dopiero oględziny pośmiertne wyjaśniały istotę cierpienia. Też oględziny niezmiernie miały znaczenie pouczające dla zdarzających się następnie przypadków, podobnych pod względem dyagnostycznym, i objaśniały ich przebieg kliniczny—lecz brakiem ich

było to, że obznajmiały one raczej z późniejszym — że tak powiemy — przedśmiertnym przebiegiem, t. j. tym okresem choroby, kiedy ta rozwinęła się już do takiego stopnia, że zdobyte w ten sposób w uprzednich przypadkach wskazówki dyagnostyczne prawie żadnego już nie miały realnego znaczenia pod względem leczniczym. Lekarzowi o wiele więcej zależy na zapoznaniu się z istotą cierpienia w początkowym jego okresie, gdyż wtedy leczenie, przed-

siewzięte czy to w kierunku terapeutycznym, czy też chirurgicznym, o wiele wdzięczniejsze będzie w wynikach swoich, a często i doszczętnie cierpienie usunąć potrafi. Wczesne jednak okresy chorób omawianych narządów przedstawiały i dotąd przedstawiają niekiedy — pomimo udoskonalonych metod badania klinicznego — nieprzewycięzione trudności pod względem rozpoznawczym. Wątpliwości w takich razach usuwać często musi chirurgia. *Incisio explorativa*, które wobec ulepszonej techniki chirurgicznej i wyłączenia zakażenia przestało być zabiegiem niebezpiecznym, wyjaśnia tu istotę cierpienia, właściwe jego siedlisko i zarazem wzbogaca wiedzę lekarską pod względem zapoznania się z wczesnym przebiegiem choroby, co znów pozwala, w wielu następnie zdarzających się przypadkach podobnych, obejść się już nawet przy robieniu rozpoznania bez tego zabiegu. Uwagi powyższe mają tu głównie na względzie raka żołądka, którego wczesne rozpoznanie snadniej skłania chorego do poddania się operacji, dającej wtedy stosunkowo najlepsze widoki doszczętnego jego usunięcia, a więc i uniknięcia nawrotu. Toć od czasu kiedy BILLROTH pierwszy w r. 1880 operował najczęściej spotykaną postać raka odźwiernika, statystyka śmiertelności raka żołądka coraz bardziej szczupłała i, podczas gdy początkowo notowała 50% przypadków śmierci operowanych, obecnie notuje tylko 18% (MAYO). Tak pomyślnie wyniki zawdzięczać należy nietylko udoskoleniu techniki chirurgicznej i zabezpieczeniu od zakażenia, lecz i temu, że nauczono się chorobę weześnie rozpoznawać i weześnie drogą operacyjną ją usuwać.

Zaznaczywszy pokrótce, że BILLROTH operował dopiero wtedy, kiedy — obok innych objawów klinicznych — pojawienie się guza stwierdzało rozpoznanie raka, że dawniej dla wykonania operacji potrzeba było od 2½ do 3½ godzin, że operacje, wykonywane w tak późnym okresie choroby — pomijając już wywołany nimi ciężki wstrząs (shock) — kończyły się często zejściem śmiertelnym, oraz że w nowszych czasach wykonanie całkowitej operacji nie wymaga więcej, niż godzinę lub godzinę i kwadrans czasu, dając przytem znacznie wdzięczniejsze wyniki, autor rozważa sposoby i możliwość rozpoznania raka żołądka.

Początkowe objawy są zupełnie niewyraźne. Jeśli u osobnika średniego wieku pojawiają się przypadłości upartej niestrawności (*dyspepsia*), budzi to zawsze niejaki podejrzenie. Taki jednak początek weale nie stanowi prawidłą, a do wieku chorego też wagi przywiązywać nie można. Niekiedy zamiast braku apetytu — przeciwnie — zauważyć się daje chorobliwe wzmoczenie jego (*bulimia*). Pragnienie wzmaga się głównie wtedy, gdy ruchowa sprawność żołądka zostaje upośledzoną. Ból nie jest objawem stałym — występuje raczej paroksyzmowo — zwłaszcza w razie upośledzonej drożności odźwiernika, a wtedy kończy się najczęściej wymiotami. Obecność krwi w zawartości żołądka nie jest cechą znamioną; większe już nieco znaczenie mają wymiociny fusowate, kryterium jednak nie stanowią. Obrzmienie gruczołów limfatycznych szyjowych rzadko się zdarza. Stały brak wolnego kwasu solnego w żołądku stanowi niejako prawidło. Objaw ten jednak nie dopisuje, jeśli rak rozwija się na tle wrzodu żołądka. Nadto brak wolnego kwasu solnego zauważyć się daje w zwyrodnieniu skrobiowatym, w chorobach sercowych, w gruźlicy i zaniku błony śluzowej żołądka.

Obecność kwasu mlecznego ma być cechą znamioną i według STRAUSS'a zdarza się w 91 na 100 przypadków raka żołądka; zależy ona od trzech czynników: od braku wolnego kwasu solnego, od niedostatecznej sprawności ruchowej, od zmniejszenia się zacyznów trawiennych (*digestiv ferments*) i zdolności trawienia białka. Z drugiej jednak strony obecność tego kwasu stwierdzić się daje i w innych sprawach chorobowych, jak: *gastritis gravis*, *atrophia membr. mucosae*, *stenosis pylori benigna*, w niektórych cierpieniach sercowych, nerkowych, trzustkowych oraz kiszkiowych (*invaginatio*). Nadto jest to objaw późny inie dopisuje przy braku wspomnianych wyżej warunków.

Z ostatnich prac, dotyczących się chemizmu żołądka w raku, zaznaczyć należy prace SALOMON'a, który zużytkował uprzednio już znany fakt, że wolna powierzchnia raka wydziela białko; powstrzymywał on podawanie pokarmu białkowego, przemywał starannie żołądek roztworem soli (NaCl) i wykazywał przytem często obecność wolnego białka w zawartości rakowa-

tego żołądka. SIEGEL stwierdza fakt ten jedynie w rakach na mniejszej krzywiznie bez zwężenia odźwiernika, lecz zaprzecza mu w przypadkach rozwoju raka na wrzodzie żołądka w pobliżu odźwiernika; znajduje on, że w takich razach obecność małych nawet ilości wolnego kwasu solnego powoduje trawienie białka.

GLUZIŃSKI wypowiada się tak: jeśli *gastritis hyperacid.* przechodzi w *gastritis mucosa*, to przejście takie może zależeć albo od tego, że wrzód zabliznił się, a towarzyszący mu skurecz odźwiernika (*contractio*) ustąpił, (albowiem dalsze trwanie skureczu musiałoby pociągnąć za sobą i dalsze trwanie nadkwasoty), albo też że istniejący wrzód zrakowaciał. Wogóle z nieco obszernych i powikłanych dowodzeń GLUZIŃSKIEGO można wyciągnąć następujące wnioski: w przypadkach gdzie był wrzód i zwężenie — wzmagająca się niedostateczność wydzielnicza (*acid. hydrochloric.*?) silnie przemawia za rakiem, gdzie zaś w przebiegu wrzodu i przy braku *stenos. pylori* — stwierdza się guz, a przy tem jednak nie okazuje się stałego zmniejszenia sekrecyi wolnego kwasu solnego, tam z pewnością można raka wyłączyć.

Co do mikroskopowego badania żołądka, wykazanie krwi nie jest znamienne, gdyż trafia się ona i w niezłośliwych owrzodzeniach tegoż. *Bacillus* BOAS'a i OPPLER'a znajduje się wszędzie, gdzie wytwarza się kwas mleczny — a więc również nie ma znaczenia patognomicznego. Częsteczki raka mają istotną wartość patognomiczną, lecz zazwyczaj rzadko wykazać się dają.

Sprawność ruchowa żołądka przy raku zwykle nieco szwankuje, nawet tam, gdzie nie ma zwężenia odźwiernika, lecz ulega ona znacznym zaburzeniom tam, gdzie ono istnieje. Trafia się to według SCHÜLE'a w 13-tu przypadkach na sto.

Badanie krwi i moczu nie daje żadnych wskazówek dyagnostycznych. Twierdzenie ROSENFELD'a, że przy raku żołądka ilość lotnych kwasów tłuszczowych w moczu zwiększa się — nie sprawdza się.

Wykazanie guza mogłoby być ważną wskazówką, lecz bardzo często nie daje on się stwierdzić, bądź to wskutek płaskiego jego niekiedy kształtu, bądź wskutek wysokiego umiejscowienia po za łuktem żebrowym i wątrobą, bądź też wskutek silnego wzdęcia lub puchliny brzucha,

obfitego pokładu tłuszczu w ścianach tegoż. Wreszcie jeśli guz już nawet wymacać się nie daje, to i tak nasuwają się jeszcze poważne wątpliwości, czy ma on siedlisko swoje w żołądku, czy też w innym jakim sąsiednim narządzie. Ruchomość jego oddechowa, czy też bierna, nie zawsze wyraźnie ocenić się daje, a dolegliwość przyucisku może zależeć od objawów zapalnych, mogących wikłać raka albo też samodzielnie istniejących.

Jeśli więc — jak widać z powyższego — dane wymienione nie wystarczają do rozpoznania raka wogóle, to trudniejsze musi być ono we wczesnym okresie jego istnienia. Otóż ta właśnie trudność rozpoznania we wczesnym okresie jest rzeczą niezmierniej wagi ze względów leczniczych, co najlepiej ocenić się daje z orzeczeń CZERNY'ego i KRASKE'go. CZERNY stawia za zasadę, że rak żołądka nie powinien być radykalnie operowany, jeśli daje się już stwierdzić w postaci guza; KRASKE zaś, że operacyjne usunięcie raka *pylori* powinno być dokonane wtedy, kiedy guz jeszcze wykazać się nie daje. Oba jednak te twierdzenia dają się sprowadzić do jednego mianownika, a mianowicie, że operować należy jaknajwcześniej, zanim rak fizycznie i objawowo zbyt wyraźnie ujawni obecność swoją. Idzie zatem o jak najwcześniejsze rozpoznanie. Jeśli więc wyżej wymienione dane nie wystarczają do postawienia wczesnej dyagnozy, powinniśmy się jeszcze starać cel ten osiągnąć na drodze różniczkowania lub wyłączenia. Pomijając więc guz, możemy się tu jedynie opierać na zaburzeniach trawienia i objawach ogólnych, spowodowanych chorobą. Co się tyczy zaburzeń dyspeptycznych przy rozpoznawaniu, winny być wyłączone te cierpienia, którym również, jak rakowi towarzyszy zmniejszenie albo zupełny brak wydzielania się wolnego kwasu solnego, a więc przewlekły nieżyt żołądka, sprawy, które prowadzą do zaniku jego błony śluzowej i wreszcie niektóre nerwice.

Chroniczny nieżyt ma zwykle bieg przewlekły z chwilowemi poprawami i pogorszeniami, z czasowem zmniejszaniem się wydzieliny wolnego kwasu solnego i z niezbyt ciężką afekcją stanu ogólnego; nagle zaś prawie powstanie upartego stanu niestrawności (*dispepsia*), bez odpowiedniej ku temu przyczyny, u osobnika z dobrem uprzednio trawieniem, fusowate wymioty

ze stale zmniejszającym się wydzielaniem wolnego kwasu solnego, pojawienie się kwasu mlecznego wraz z coraz bardziej wzmagającym się wycieńczeniem, każe podejrzewać istnienie raka.

Zanik błony śluzowej żołądka (*anadenia* EWALD'a) może również stać się powodem wysokiego stopnia charłactwa, budzącego podejrzenie co do raka. Zanik taki jednak, pojawiający się wskutek *gastricidias chronicas* lub *gastrid. toxicas*, albo jako cierpienie samoistne, ma zwykle bieg przewlekły i zazwyczaj nie wikła się z zaburzeniami ruchowymi. Rzadko również spostrzegać się daje upośledzona sprawność ruchowa w postaciach zaniku, zależnych od raka przełyku, prostnicy, sutki, macicy, otrzewny, przy czem dają się tu też zauważyć zmiany w soku żołądkowym, zależne od okresu sprawy chorobowej, jedyny wyjątek stanowi chyba rak dwunastnicy, w którym często ujawniają się zaburzenia ruchowe i obecność kwasu mlecznego. Największe jednak trudności nasuwają się przy rozpoznawaniu różniczkowym raka żołądka od zaniku, zależnego od rozstrzeni żołądka, spowodowanej zwężeniem odźwiernika niezłośliwym.

Nerwice żołądka również stać się mogą powodem ciężkich postaci zaniku, trudnych do rozpoznania, a jeszcze trudniejszych do odróżnienia od raka, jeżeli ten się rozwinął na tle zastarzałego wrzodu żołądka u osobników, dotkniętych neurastenią.

Na gastroskopię i skiagrafię nie wiele co liczyć można pod względem rozpoznania wczesnego okresu raka.

Tak więc, zestawiając wszystko, co powyżej było powiedziane, widzimy, że wogóle nie ma — zupełnie pewnych danych, na zasadzie których możnaby rozpoznać raka we wczesnym okresie jego rozwoju; z drugiej znowu strony, stoimy niejako bezradni wobec orzeczeń CZERNY'ego i KRASKE'go i wobec choroby, która pozostawiana samej sobie lub traktowana jedynie terapeutycznie, niechybnie śmiercią zakończy się musi. Autor wyraża więc zdanie, że w razach gdzie istnieją objawy, rzucające silne podejrzenie, że w danym przypadku ma się do czynienia z rakiem — który w razie przeoczenia go we wczesnym okresie rozwoju, tak niepomysłne daje rokowanie — nie powinno się ani chwili wahać, lecz w celu wyjaśnienia dyagnozy, natychmiast przystąpić do laparotomii. Wszak ro-

bi się ją tak często w przypadkach, gdzie podejrzewamy sprawy chorobowe w wyrostku robaczkowym, przydatkach macicy, drogach żółciowych — dlaczegożby więc nie robić jej w chorobie tak złośliwej, jak rak, w chorobie, która, rozpoznana wcześniej, daje jeszcze nie małe widoki doszczętnego jej usunięcia na drodze operacyjnej. Tu jednak nadmienić jeszcze wypada, że w ostatecznym rokowaniu — ze względu na nawrót — najlepszych skutków operacji można się spodziewać w tych postaciach raka, które nie okazują skłonności do disseminacji.

Wogóle rzecz całą autor streszcza tak: jeżeli w przypadku cierpienia żołądka, opierającemu się wszelkiemu leczeniu, sumiennie i ściśle rozważone objawy miejscowe i ogólne, każą podejrzewać, że się ma do czynienia z rakiem — laparotomia w celu wyjaśnienia rozpoznania staje się nie tylko dopuszczalną, ale powinna być obowiązkową.

(Medic. Record. N. 1773. 1904 r.). F. Gr.

28. HERBERT VON KAAAN w Martinsbrunn.

O Veronalu.

Przed rokiem zjawiała się wzmianka o nowych środkach nasennych. E. FISCHER i J. MERING omawiali wówczas skład chemiczny i działanie fizyologiczne pochodnych mocznika. Z pomiędzy nich mocznik dietylmatonilowy zasługuje na wyróżnienie z powodu łatwego otrzymania, łatwej rozpuszczalności, braku przykrego smaku i silnego działania. Uznano go za przedstawiciela tej klasy, a firma Merck w Darmstadtzie wprowadziła go do handlu pod nazwą veronalu.

Veronal jest białym proszkiem, lekko gorzkim, rozpuszczającym się w 12 częściach wrzącej, w 145 częściach wody przy 20° C. Wprowadzony do organizmu ludzkiego *per os* w ilości 0,5—0,75 g. wywołuje sen. Brak wszelkich szkodliwych lub nieprzyjemnych działań ubocznych veronalu uznano za szczególną zaletę tego środka. Dalsze doświadczenia wykazały, że veronal przechodzi przez ustrój, nie ulegając zmianie (?), i znowu wydziela się z moczem. Ale tylko 62% znaleziono w moczu w ciągu kilku dni. Ten fakt wskazuje, że przy dłuższym użyciu trzeba mieć na uwadze możliwość kumulacji.

Próby w klinikach wykazały jednogłośnie, że veronal jest szybko działającym środkiem nasennym. Czasami tylko zjawiały się wykwyty

(*exanthemata*), które można było przypisać nieodpowiedniemu zastosowaniu. Doświadczenia KAAAN'a dotyczą 300 osób. Główny kontyngens stanowili chorzy sercowi, nerkowi, suchotnicy, dalej alkoholicy chroniczni, morfiniści, psychopaci. Lekarstwo podawano w formie roztworu, najlepiej w filiżance gorącego płynu. Ten ostatni okazał się najlepszy jako herbata (napar) z baldrianu, piołunu; również gorąca limoniada okazała się dobrą. Czasami, szczególnie u psychopatów, trzeba było ukryć smak veronalu, co zawsze się udawało, przy podawaniu go w mieszaninie baldrium z piołunem. Nieodpowiedniem natomiast okazało się podawanie w opłatku: było działanie niepewne lub spóźnione. Już lepiej wprost wziąć proszek na język bez zawijania i popić wodą. W tabletkach nadaje się również do użycia.

Już w małych ilościach 0,25 sprawia częstokroć sen. Dawka normalna wynosi 0,5, większe dozy tylko w razach wyjątkowych są potrzebne i mogą dochodzić do 1 g. bez żadnego niebezpieczeństwa. Przy dłuższym użyciu potrzebne są pauzy ze względu na jego działanie kumulacyjne; czasami i przy codziennym użyciu chory czuje odurzenie, zawrót i zatacza się przy chodzeniu.

KAAAN przytacza następujący ciekawy przypadek. Pan K. lat 64, niedostateczność mięśnia sercowego z tłuszczowem zwyrodnieniem, rozszerzenie prawego serca, arytmia, obrzęki, napady *anginae pectoris*, białkomocz. Pacjent wziął pewnego wieczora 6 proszków veronalu po 0,5 g., czyli 3 gramy odrazu, ponieważ lekarz powiedział mu, że jest to środek zupełnie nieszkodliwy, a chory po kilku nocach bezsennych chciał koniecznie zasnąć. Gdy rano nie mogli się go dobudzić, wezwali d-ra KAAAN'a, który skonstatował senspokojny z głębokim prawidłowym oddechem, mocną i dobrą działalnością serca. Udało mu się przebudzić chorego, który zjadł pokarm, mówił, że nigdy w życiu nie czuł się jeszcze tak dobrze, i znowu zasnął. Sen trwał 32 godziny. Później chory czuł się wybornie. Nie było w ciągu tygodnia napadu *anginae pectoris*, przy obfitej diurezie znikły obrzęki.

Wogóle sen veronalowy odpowiada snu naturalnemu, ztąd i działanie jego odpowiada temu ostatniemu, t.j. następuje uczucie wypoczęcia bez odurzenia.

Również dobre jest działanie veronalu u suchotników. Veronal zastępuje tu morfinę, dioninę, kodeinę i t. d. Bezsenność, kaszel, przeszkadzający spać, poty nocne, krótki oddech są wskazaniami do użycia tego środka: Veronal nie działa szkodliwie na błony śluzowe, dlatego nie oddziaływa szkodliwie ani na żołądek, ani na funkeye jelit.

Cierpienia układu nerwowego funkcyjne albo organiczne i psychozy są oczywiście dziedziną stosowania veronalu, jak wogóle środków nasennych. Jego absolutnie szybkie i pewne działanie — około 15 do 30 minut po zażyciu — i jego nieszkodliwość uczyniły go w praktyce nerwowej środkiem niezbędnym. W zakładach dla chorych nerwowych veronal wyrugował inne hypnotica. W stanach pobudzenia chorych umysłowo i alkoholików, przy pomieszanu z halucynacyami veronal również zrobił swoje, trzeba było tylko dać większą dawkę: pierwszego wieczora 2 gramy, następnego wystarczył 1 g. żeby sprawić sen.

Przy kuracyi, polegającej na wstrzymaniu się od alkoholu, veronal zawsze okazał się skutecznym. U morfinistów działa, ale tylko wtedy, gdy tego dnia nie używali morfiny.

Jeżeli pacjentowi pozostawia się do woli ten środek, to po dłuższym używaniu następuje przyzwyczajenie, i środek już dalej nie działa; wtedy trzeba go na pewien czas zastąpić przez inny. Oprócz tego veronal jest również dobrym środkiem uspokajającym, np. w *paralysis agitans*, w kurczach. Ostateczny rezultat doświadczeń KAAAN'a przedstawia się tak: Veronal jest absolutnie nieszkodliwym, zawsze pewnym środkiem nasennym i uspokajającym.

(Therapeutische Monatshefte. 9. 1904).

29. H. EULER. Kilka uwag o dotychczasowych doświadczeniach z veronalem.

W dotychczasowych pracach literackich podnoszono tę stronę veronalu, że środek ten jest absolutnie nieszkodliwy. Niestety ta radosna perspektywa cokolwiek się zaciemnia od czasu ogłoszenia przez GERHARTZ'a przypadku ciężkiego zatrucia veronalem. Wobec tego pouczające będzie zestawienie poczynionych dotąd nad tym środkiem doświadczeń.

WÜRTH na wstępie swej publikacji o veronalu oznacza 3 punkty, jako kryteria dobrego środka nasennego: dozę, przy której osiąga się

napewno działanie, pytanie, czy to działanie jest trwałe, a wreszcie stronę toksyczną środka. Właśnie co do tych punktów znajdujemy u wielu autorów różnicę zdań. Co się dotyczy naprzód dozy, ta ma dość szerokie granice od 0,25 do 3,3 gr. Przypatrując się bliżej przypadkom, w których stosowano różne ilości veronalu, znajdujemy, że czynnikami pod tym względem były: 1) zwyczajna bezsenność, 2) bóle, 3) stany podniecenia na gruncie psychopatycznym, wreszcie, czy chodziło o męskiego, czy żeńskiego osobnika. Przy prostej bezsenności wystarczało 0,5 (POLY, SCHÜLE, LILIENFELD, OPPENHEIM). Tu panuje zupełna zgodność u wszystkich. Co się dotyczy uśmierzania bólów, to już zdania są podzielone: w wielu przypadkach veronal okazał się zupełnie zawodnym, w innych średnie dawki (1—1,5) zmniejszały bóle i sprawiały sen. Przy stosowaniu veronalu u psychopatów w stanie podniecenia, środek ten okazał się jeszcze bardziej zawodnym; u kobiet działał lepiej, niż u mężczyzn.

Drugie kryterium, to trwałość działania, t.j. pytanie, czy następuje przyzwyczajenie się do tego środka, czy nie. Pod tym względem zdania bardzo się różnią. LILIENFELD, POLY, ROSENFELD, MATHEY uznali, że działanie środka nie słabnie przy dłuższem użyciu; większość znów autorów znalazła, że organizm szybko przyzwyczaja się do tego środka, tak, że u niektórych już na trzeci dzień okazał się nieskutecznym.

Ażeby wyświecić w końcu działanie uboczne veronalu, wspomnimy o przypadkach zatru-

cia tym środkiem. GERHARTZ stosował veronal u histeryczki 1,0 gr. na noc, a rano chora zażyła z własnego przepisu 3,0 gr. Tętno było bardzo złe, rzucanie się chorej, źrenice nie reagowały. Po zastrzyknięciu olejku kamforowego i eteru, stan się polepszył, ale jeszcze na 3 dzień skarżyła się pacjentka na bóle w stawach skoko-goleniowym i dłoni. CLARKE znowu obserwował przypadek, gdzie po zażyciu 7,5 gr. w ciągu kilku dni wystąpiły *coma*, *delirium*, gorączka, nabrzmienie gruczołów, bóle w mięśniach.

Te przypadki nakazują ostrożność, zwłaszcza, gdy weźmiemy pod uwagę, że i lżejsze działania uboczne spotykane były dość często, jak bóle głowy, zawroty, ściskania, nudności i wymioty. Oprócz tego zdarzały się wykwity, rozwolnienie, zwolnienie tętna (w jednym przypadku do 42 na minutę), utrudnienie mowy, niepewny chód. Wogóle przyznać trzeba, że wielu autorów jest skłonnych w ocenianiu swych prac i nowych rzeczy przekraczać granicę rzeczywistości i prawdy, co jest bardzo nieodpowiednie, zwłaszcza u lekarzy, gdyż tu chodzi o zdrowie i życie chorego; tylko bezstronność i ścisłość niemal matematyczna mogą liczyć na trwałość i uznanie. (Przyp. refer.).

Jakkolwiek zatem veronal nie ziścił wszystkich pokładanych w nim nadziei, to jednak ma swoją wartość jako jeden ze środków nasennych. (Therapeutische Monatshefte. 9. 1904).

D-r Pyrż.

N O W E L E K I.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 12).

II.

Acopyrinum. Phenyl-dimetyl-pyrazolon acetylsalicylowy.

Proszek biały, krystaliczny, rozpuszczalny. Zastępuje salicylaty. 0.5; 6 razy dziennie.

Adonidinum. Glukozyd z *Adonis vernalis*. Zastępuje naparstnicę. 0.005. Inf. herb. Ad. vern. 3.0 : 150.0.

Alboferrinum. Środek odżywczy. Łyzeczkami. Tabletki po 0.25.

Alcarnosa. Środek odżywczy. Jest to mieszanina: albumoz, ciał wyciągowych z mięsa, dekstryny, soli nieorganicznych.

Proszek żółty, przyjemnego smaku, rozpuszczalny. Łyżka na szklanke ciepłego płynu, 3 razy dziennie.

Aleuronat. Białko roślinne. Proszek. Dla dyabetyków do wypieku chleba.

Alpholum. Alpha-Naphtholum salic. Proszek biały, działa, jak salol. 0.5.

Alsolum. Aluminium aceticum-tartaricum. W handlu jest 50% roztwór wodny z 5% kwasem octowym pod nazwą *Liq. alsoli*. Do płukania ust, nosa (łyżeczka na litr wody), pochwy (łyżka na litr). Przy ogrzaniu wyżej 35° mętnieje.

Amygdopheninum. Proszek szary, trudno rozpuszczalny w wodzie. *Antipyret.*, *Antineuralg.* 1.0.

Amylenum hydratum. Płyn bezbarwny zapachu mięty. Nasenny. 2.0.

Amylnitritum. Płyn żółty, lotny. *Sedativum* w astmie, *Ang. pect.* Wziewania: 1—5 kropeł na wacie.

Amyloformum. Połączenie formaldehydu z krochmalem. Proszek biały nierozpuszczalny. Zastępuje jodoform.

Anaesthesinum v. Cocainolum. Ester etylowy kwasu para-amidobenzoesowego. Proszek biały, trudno rozpuszczalny w wodzie. W hemoroidach bolesnych czopki. W *Pruritus vulvae*, *Intertrigo* maść 10%. Wewnętrznie w *Dyssep. nerv.* 0.3—0.5.

Anesonum „Roche“. Roztwór 1% wodny trójchlorku kwasu acetonowego. Płyn jasny, zapachu kamfory. Stosowany w dentystyce do iniekcji dla bezbolesnego wyrwania zęba.

Anozolum. Amerykańska nazwa dla mieszaniny tymolu i jodoformu.

Anthrabinum. Związek pochodny antrachinonu. Proszek żółto-biały, prawie nierozpuszczalny w wodzie. Pochłania tlen i przechodzi w alizarynę.

Własności lecznicze, jak chrysarobiny.

Antidiabeticum v. Glycosolval. Mieszanina: mąka pszenna, siarka, cukier mleczny, koper i senes.

Antifebrinum. Otrzymuje się przez ogrzewanie aniliny z kwasem octowym. Kryształy trudno rozpuszczalne w wodzie. *Antipyret.*, *Antineuralg.*, *Antirheum.* 0.3—0.5.

Antimorphinum. Roztwór dwufosforanu sodu i mnóstwa innych obojętnych środków. Reklamowany, jako środek, przeciw morfinizmowi.

Antinervinum. Mieszanina: antyfebryny, bromku amonu i kwasu salicylowego. 0.5.

Antinosinum v. Natr. nosophenicum. Proszek błękitny, rozpuszczalny w wodzie, bez zapachu. Antyseptyk. Wskazania, jak dla nosofenu: do opatrunków w *Ulcus molle*; do płukań w chorobach nosa, uszu (0.1—0.2%)

Antipyrinum. Otrzymywany przez działanie fenylhydrazyny na eter acetyloctowy. Proszek krystaliczny, rozpuszczalny w wodzie.

Antineuralg., *Antipyret.* 1.0—1.5; dzieci: 0.2—0.5.

Antisclerosinum. Mieszanina: Natr. chlorat., Natr. sulf., Natr. carb., Natr. phosph., Magn. phosph. Calc. glyc.-phosph.

Reklamowany jako pomocny w stwardnieniu naczyń. Są tabletki.

Antispasminum. Narceinum natro-salic. Proszek, biały, rozpuszczalny w wodzie. Nasenny. Dzieciom w krztuścu. 0.01—0.1.

Antitherminum. Proszek biały, nierozpuszczalny w zimnej, lecz w gorącej wodzie. *Antipyreticum.* W gruźlicy. 0.2.

Anusolum. Bism. jod-resorcino-sulfonicum. Proszek szaro-czarny. W hemoroidach bolesnych, *Fissura ani* czopki: A. 7.5; Zinci oxyd. 6.0; Bals. per. 1.5; Ol. cacao 16.0; Ung. cerei 2.5; na 12 czopków. Są gotowe czopki w handlu.

Apolysinum. Chemicznie zbliżony do fenacetyny. *Antipyreticum.* 1.0; dzieciom 0.3—0.6.

Arbutinum. Glukozyd z *Arbutus uva ursi*. Kryształy gorzkie. *Diureticum* w *Cystitis*. 1.0.

Argentaminum. Roztwór fosforanu srebra w etylendiaminie. W rzeźączce do iniekcji 1:5000.

Argentolum. Związek srebra i oksychinolin. Proszek żółty. Antyseptyk. Maść 1:50. W rzeźączce do iniekcji 1:3000.

Argoninum. *Arg. caseinatum*. Proszek biały. W rzeźączce do iniekcji 1—3%.

Arhéol „Astier“. Alkohol z olejku sandałowego. Płyn oleisty. W rzeźączce: kapsułki po 0.2; 6-12 dziennie.

Aspidium spinulosum. *Extractum.* Przeciwi tasiemcowi. 4.0, naczczo.

Atoxyllum. Przetwór arsenowy używany tylko podskórnie, zamiast nieorganicznych związków arsenu.

Bacillolum. Płyn brunatny, oleisty, podobny do Lysolu i tańszy. Antyseptyk zewnętrzny.

Basicinum. Połączenie chininy i kofeiny. Proszek biały, rozpuszczalny w wodzie.

Antipyret., Antineuralg. 0.2—0.5; do 2.0 dziennie.

Benzacetinum. *Ac. phenacetin-carbonicum. Sedativum, Antineuralgicum.* 0.5—1.0

Benzanilidum. *Antipyret.* 0.1—0.5.

Benzosolum. v. *Benzoyl-Guajacolum.*

Proszek bezbarwny, krystaliczny, nierozpuszczalny w wodzie, łatwo w chloroformie, eterze, gorącym wyskoku. Rozszczepia się głównie w kiszkiach na gwajakol i kwas benzoesowy. Zastępuje gwajakol w gruźlicy. 0.25—0.5 po jedzeniu.

Boralum. *Aluminium boro-tartaricum. Adstringens.* Do wdmuchiwań do krtani.

Bromalbacidum. Połączenie białka z bromem. *Antinerv.* 1.0—2.0.

Bromalinum. *Bromacetylformin. Sedativum.* 2.0—4.0.

Bromamidum. *Antineuralgicum.* 1.0.

Bromipyrinum. *Antipyreticum.* Dawki, jak antypiryny.

Bromochinolum. Kryształy żółte, gorzkie. Nasenny. 0.6.

Bromolum. *Tribromphenol.* Antyseptyk kiszkowy. 0.1.

Bromphenolum. *Antisepticum.* Maść 1—2%.

Cadminum. Proszki i tabletki z antypiryny i heroiny. W krztuścu.

Carniferrinum. Odżywezy. 0.5.

Chinalgenum. *Sedativum. Analgeticum.* 0.3—1.0.

Chinaphtholum. Zalecany jako *Antipyret.* w tyfusie.

Chloralbacidum. Jako *Antifermentativum* w nieżyście i raku żołądka.

Chloralosum. Nasenny. 0.1.

Chloretinum. Nasenny. 0.5.

Cholelysinum. Jest to 20% płynny *Eucnatrol.* Dawany łyżeczkami w kamicy żółciowej.

Chologenum. Mieszanina: podofylina, melissa, kamfora, kminek i t. d. W kamicy żółciowej. W handlu tabletki.

Cinnamyl-Eugenolum. W gruźlicy. 0.3—0.6

Cinnamyl-Guajacolum. *Styracol.* W gruźlicy. 1.0.

Cocainolum. Patrz *Anaesthesin.*

Cocapyrinum. Mieszanina kokainy z antypiryną. 0.2.

Cosaprinum. Sulfoderywat antyfebryny.

Dermolum. *Bism. chrysophanicum.* W chorobach skórnych.

Diaphtholum. Zastępuje salol.

Djamboë. W biegunkach. *Infus fol. D.* 5 : 100 wody, łyżkami; dzieciom łyżeczkami. *Tinct. D.* tak samo (1 : 10). *Extr. fl. D.* łyżeczkami; dzieciom kroplami: co 2 godziny.

Dynamogenum. Z krwi wołowej.

Eka-Jodoformum. Wyjałowiony jodoform. Wyrób *Schering'a.*

Empyroformum. Produkt kondensacyjny smoły i formaldehydu. Zmniejsza swędzenie.

Epicarinum. Nowy przetwór naftolowy. W *Herpes tons., Prurigo, Scabies,* odmrożeniach. Maść 20%. Penzlowania: 5:50 wyskoku.

Epiderminum. Masa mleczna półpłynna. Na rany ropiejące, dla zmniejszenia bólu.

Ergotinolum. Jest to *Liq. Ammonii ergotini.* Podskórnie zamiast sporyszu. 1 c.sz. zawiera 0.5 *Extr. sec. corn.*

Eubiosa. Hematogen wolny od gliceryny.

Eucalyptolum. Płyn bezbarwny. Zewnętrznie do weierań w gościecu, nerwobólach. Do wewnątrz w astmie, zapaleniu płuc, w kapsułkach żelat. po 5 kropel.

Eudermolum. *Nicotinum. salic.* T. zw. mydło nikotynowe w *Scabies.*

Eugenoforum. Antyseptyk kiszkowy. 0.5—1.0.

Eulactolum. Z mleka i białka roślinnego.

Eunatrolum. Oleinian sodu. Proszek biały przyjemnego smaku. W kamicy żółciowej. 1.0 — 2.0, po jedzeniu.

Euphorinum. *Phenylurethan.* *Antipyret.* *Antirheumat.* 0.5. Jako Antyseptyk zastępuje jodoform.

Euresolum. *Resorcinum monoaceticum.* Do smarowania w pryszczycy.

Exalginum. *Acetmethanilid.* *Antineuralgicum.* 0.2 — 0.5.

Ferralbumosa. Odżywezy.

Ferratogenum. Nukleina z żelazem. Odżywezy.

Ferratolum. Syrop, zawierający 0.02 żelaza w łyżeczce.

Ferrhaeminum „Hertel“. Z krwi wołowej.

Ferrhaemolum. Odżywezy.

Ferriptonum. Z białka jaj.

Ferrosolum. Odżywezy

Fervinum. Ekstrakt mięsny

Filmogenum. Roztwór acetocelulozy w acetonie. Tworzy na skórze delikatną błonkę, jak Kollodyum.

Formanilidum. *Antipyreticum., Analget.* 0.15 — 0.25.

Formazolum. Do wdychań w gruźlicy.

Galactochloralum. Nasenny. 0.1.

Galactogenum. Z białka mleka.

Gallanolum. Tworzy się przy gotowaniu taniny z aniliną. Zastępuje pyrogallol. Maść 1:30 — 1:4, w *Psoriasis.*

Gallobromolum. Injeckye 1-2% w rzeźączce.

Glutolum. Żelatyna z formaldehydem. Proszek antyseptyczny, zastępujący jodoform.

Glutonium. Z żelatyny. Odżywezy; dodaje się do zup.

(C. d. n.)

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w lutym i marcu 1905 r.

Gazeta Lekarska.

N. 5. 1) Feliks Malinowski. *Hydroa vacciniformis.*

N. 6. 1) Władysław Ołtuszewski. *Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zboczeń mowy.* (C. d.)

2) Feliks Malinowski. *Hydroa vacciniformis.* (Dok.)

N. 7. Feliks Majewski. *Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow - Gamaleia.*

2) Władysław Ołtuszewski. *Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zboczeń mowy.* (C. d.)

N. 8 1) Władysław Ołtuszewski. *Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zboczeń mowy.* (Dok.)

2) Feliks Majewski. *Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow - Gamaleia.* (C. d.)

N. 9. 1) Maurycy Bornstein. *Z kazuistyki neurologicznej.*

2) Feliks Majewski. *Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow - Gamaleia.* (C. d.)

N. 10. 1) N. Cybulski. *Materya promienista jako środek leczniczy.*

N. 11. 1) Ludwik Rabek. *Dwa przypadki tężca przyrannego, leczone surowicą.*

2) Maurycy Bornstein. *Z kazuistyki neurologicznej* (C. d.)

3) Feliks Majewski. *Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow - Gamaleia.* (Dok.)

Kronika Lekarska.

Zeszyt 3. 1) Gabryel Tolwiński. Promienie N i ich znaczenie fizyologiczne.

2) Ruch ludności miasta Warszawy w r. 1903 porównawczo z innymi miastami.

Zeszyt 4. 1) Kazimierz Niedzielski. Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki.

2) Gabryel Tolwiński. Promienie N i ich znaczenie fizyologiczne.

Zeszyt 5. 1) Jan Sędziak. O postępkach laryngologii i rynologii w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego.

2) Kazimierz Niedzielski. Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki.

Zeszyt 6. 1) Jan Sędziak. O postępkach laryngologii i rynologii w ostatnich 25-ciu latach, ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego.

2) Kazimierz Niedzielski. Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki.

Krytyka Lekarska.

N. 2. 1) Bornstein. Medycyna i społeczeństwo.

2) Władysław Biegański. O celowości w zjawiskach patologicznych.

3) Fr. Giedroyć. Poglądy lekarskie Reja.

4) X. Kilka słów prawdy.

N. 3. 1) Kazimierz Rzętkowski. W sprawie naszego szpitalnictwa.

2) Władysław Biegański. O celowości w zjawiskach patologicznych.

3) X. Gość niepożądany.

Zdrowie.

Zeszyt 2. Szereg artykułów, poświęconych higienie prowincyi.

Zeszyt 3. 1) M. Zwejgbaum. W sprawie opieki nad położnicami i noworodkami.

2) A. Majewski. Hartowanie wodą.

3) M. Żórawski. O przyrządzie (scioptikonie) do badania mięsa wieprzowego.

4) W. Popławski. Metale szkodliwe w wodzie sodowej.

5) L. Łączyński. Błazki pod względem sanitarnym.

Lekarz.

N. 3. 1) W. Miklaszewski. Praca. (Dok.).

2) Stanisław Konwerski. Zwyródnienie.

3) Matylda Biehler. Odżywianie dzieci.

N. 4. 1) W. Miklaszewski. Wstrzemięźliwość.

2) Stanisław Konwerski. Higiena osób nerwowych.

N. 5. 1) W. Miklaszewski. Nadużycia.

2) Stanisław Konwerski. Higiena osób nerwowych.

3) B. Czy gruźlica jest chorobą uleczalną?

N. 6. 1) Józef Zawadzki. O trawieniu.

2) Adam Lande. O zaparciu stolca i środkach czyszczących.

3) W. Miklaszewski. Nadużycia. (C. d.).

4) Mieczysław Themerson. Kilka słów o medycynie w Japonii.

Ginekologia.

N. 1. 1) F. Neugebauer. Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia.

2) H. Raszkes. Uwięźnięcie tyłopochyłonej i tyłozgiętej macicy w 6 miesiącu ciąży. Zgorzel błony śluzowej pęcherza moczowego, przerwanie ciąży metodą Bossiego. Wyzdrowienie.

N. 2. 1) Henryk Jordan. Sprawozdanie z dziesięciolecia kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

2) H. Jordan wstępne słowo.

3) S. Dobrowolski. Sprawozdanie kliniki położniczej.

4) F. Neugebauer. Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia.

Przegląd dentystyczny.

Zeszyt 1 i 2. 1) Leon Szuman. O guzowatych twardych naciekach zapalnych, występujących na skutek próchnicy zębów mądrości lub wskutek zachorzeń dziąsła.

Przegląd Felczerski

N. 3. 1) A. Fr. Kiszka ślepa i wyrostek robaczkowy.

2) K. S. Pryszyca chroniczna.

3) B. Dybowski. O trzech pracach dotyczących alkoholizmu, a mianowicie: 1) O nerwowości u dzieci; 2) o alkoholizmie i antyalkoholizmie; 3) o alkoholu i nerwach.

N. 4. 1) Fr. Sienicki. Zapalenie rtęciowe jamy ustnej (*Stomatocis mercurialis*).

N. 5. Fr. Sienicki. Pleśniawki (*Soor*).

N. 6. K. S. W sprawie higieny społecznej.

Przegląd Lekarski.

N. 5. 1) Henryk Trenkner. O rozpuszczalności kwasu moczowego w surowicy.

2) E. Machek. O lekarzach w Babilonii i o czynności ich wchodzącej w zakres okulistyki. (Dok.).

3) J. Woszczyński. Hidroterapia w psychiatrii. (C. d.).

4) W. Chlumsky. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach. (C. d.).

N. 6. 1) Maryan Franke. O rzadkiej postaci niemiarowości ruchów serca (arytmii) spostrzeganej w przebiegu ostrego zapalenia osierdzia.

2) Henryk Trenkner. O rozpuszczalności kwasu moczowego w surowicy. (Dok.).

3) J. Woszczyński. Hidroterapia w psychiatrii. (Dok.).

N. 7. 1) A. E. Klęsk. Studium bólu fizycznego.

2) Maryan Franke. O rzadkiej postaci niemiarowości ruchów serca (arytmii), spostrzeganej w przebiegu ostrego zapalenia osierdzia. (Dok.).

3) W. Chlumsky. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach. (C. d.).

N. 8. 1) Tadeusz Żeleński. Sztuczne i mieszane żywienie niemowląt, a instytucja „Kropli mleka“ we Francji.

2) A. E. Klęsk. Studium bólu fizycznego. (C. d.).

3) W. Chlumsky. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach. (C. d.).

N. 9. 1) L. Popielski. Fizyka i chemia w biologii.

2) Tadeusz Żeleński. Sztuczne i mieszane żywienie niemowląt a instytucja „Kropli mleka“ we Francji. (Dok.).

3) A. E. Klęsk. Studium bólu fizycznego. (C. d.).

4) W. Chlumsky. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach. (Dok.).

N. 10. 1) Senor Manuel Garcia.

2) L. Popielski. Fizyka i chemia w biologii. (Dok.).

3) A. E. Klęsk. Studium bólu fizycznego. (Dok.).

N. 11. 1) Napoleon Cybulski. Materya promienista jako środek leczniczy.

2) Janina Gartmanowa. O jadzie błonicy, służącym do oznaczania wartości leczniczej surowie przeciwbłonicych.

Nowiny Lekarskie.

N. 2. 1) Zanietowski. Przyczynę do nauki o klinicznej myografii.

N. 3. 1) K. Kostanecki. Descensus testicularum.

2) Krysiewicz. Przyczynę do śmiertelności niemowląt w mieście Poznaniu.

3) Zanietowski. Przyczynę do nauki o klinicznej myografii.

Polskie Archiwum

nauk biologicznych i lekarskich.

Zeszyt. 3. 1) Józef Nusbaum. O odradzaniu się przedniej części ciała u wazonkowców.

2) Czerski. Powstawanie jelita środkowego u *Meloë violaceno* Marsch.

3) W. Orłowski. Zasadowość krwi w stanach leukocytozy w zakażeniach.

4) W. Miklaszewski. Badania doświadczalne nad wpływem łaźni suchych na układ krążenia krwi.

5) Maurycy Bornstein. Anatomia patologiczna stwardnienia wieloognistego (*sclerosis disseminata*).

Przegląd Higieniczny.

N. 2. 1) Józef Barzycki. Sprawozdanie roczne o inspekcjach w r. 1902 (C. d.).

2) Jan Opieński. Przyczynę do statystyki chorobliwości i śmiertelności z duru osutkowego.

3) Zarzycki. W sprawie kanalizacji miasta Lwowa.

N. 3. 1) Pręgowski. O pożytku z łaźni.

2) K. Panek. Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy.

3) J. Barzycki. Sprawozdanie roczne o inspekcjach. (C. d.)

Przegląd Weterynarski.

N. 3. 1) Stanisław Królikowski. Przyczynę do wiedzy o przeszczepianiu tkanek zwierzęcych. (Dok.)

2) Włodzimierz Kulezycki. Pierwotniaki pasorzytne i chorobotwórcze. (C. d.)

3) Jan Kowalewski. Zmiany w mięśniach spotykane przy oględzinach mięsa.

Głos Lekarzy.

N. 4. 1) W sprawie znaczków receptowych.

2) Czy wydział lekarski we Lwowie jest potrzebny?

3) Partactwo lecznicze w Galicyi (C. d.)

4) O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. (C. d.)

5) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych
6) Czy jest za dużo pism lekarskich.
7) Położenie lekarzy praktyków na prowincyi. (Dok.)

N. 6. 1) Otwarcie „Domu lekarskiego“ w Krakowie.

2) Partactwo lecznicze w Galicyi. (C. d.)

3) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych.

4) O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. (C. d.)

5) Czy należy donosić do prokuratury o śmierci z powodu narkozy?

6) W sprawie specyfików.

7) Kandydatury lekarzy przy wyborach lwowskiej Kasy miejskiej.

8) Kasa chorych lekarzy.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Euporphin czyli Apomorphinbrommet-hylat. MICHAELIS wypróbował ten nowy środek w klinice LEYDEN'a. Działa on podobnie jak apomorfina t. j. pobudza wymioty i wydzielinę płwociny, i ma być lepszy. M. zastosował euporphinę w 34 przypadkach nieżyty oskrzeli i dusznicy oskrzelowej w dawce dziennej 0.01 — 0.04 w połączeniu z morfiną (E. 0.05:180.0; Morfh. 0.01; lub: E. 0.005, Sach. lact. q. s. w tabletkach co 2 godziny jedna).

(Ther. d. Geg. crer. 04.)

= GROUVEN spostrzegł guz gruźliczy na żołądki u 45 letniego silnego, zdrowego mężczyzny. Guz wielkości połowy wiśni, płaski, gładki, powstał jakoby w tem samym miejscu w bródzcie, gdzie przed 12 laty był wrzód miękki. Ponieważ leczenie jodem i plastrem rtęciowym było bezskuteczne, autor wyłuszczył guz; badanie tegoż wykryło typową budowę gruźlicy, tkankę siatkowatą, beznacyniową, w środku zserowaciałą, z licznymi komórkami

olbrzymimi LANGHANS'a. Laseczek gruźliczych nie znaleziono. (Arch. f. Derm. T. 70).

= Na zasadzie dwuletniego doświadczenia BOAS poczytuje chlorek wapnia za dobry środek przeciw krwotokom hemoroidalnym. Wprowadzał on do odbytnicy 20.0 wodnego 10% roztworu przy pomocy zwykłej szprycy zrana po wypróżnieniu i zalecał zatrzymywanie płynu jaknajdłużej. Iniekcye były zupełnie bezbolesne. Tylko w dwu przypadkach wynik był ujemny, co autor przypisuje temu, iż przetwór był zapewne nieczysty, gdyż wystąpiło palenie i ból, czego zazwyczaj nie spostrzeżał. Trzeba przeto żądać w aptece *calc. chlorat cristall. puriss.* Polepszenie dotyczy jedynie krwotoków; zaś na same guzy leczenie takie nie wpływa. Należy robić iniekcye czas dłuższy po ustaniu krwawień, np. przez miesiąc codziennie, później 2—3 razy na tydzień. Ponowne krwawienia wymagają powtórzenia całego leczenia 1—2 razy dziennie. (Ther. d. Geg. Lipiec. 04).